

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1934-1935. N° 48.

DE LA CHUTE SPONTANÉE DES ONGLES SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 11 décembre 1934.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

Gabriel CHAMBON

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

Né le 16 novembre 1909, à Bordeaux.



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

—
1934

De la Chute Spontanée des Ongles
Sa Valeur Séméiologique

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LÉPINE
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, BARRAL, ROLLET, PIC, CONDAMIN.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PAVIOT SAVY
Cliniques chirurgicales	TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	BONNET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LÉPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVÉ-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT (P.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	HERMANN
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie générale et thérapeutique	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie...	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIÉRY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (L.)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSEL
DUFOURT	GATÉ	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DEVIC	DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT
GABRIELLE	BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REVOL	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CHAMBON.	ENSELME	MORIN, (Chargé des
	CIBERT	SEDALLIAN	Fonctions d'Agrégé).

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FAVRE, Président; ROUBIER, Assesseur.

MM. J.-F. MARTIN et MORENAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1934-1935. N° 48.

DE LA CHUTE SPONTANÉE DES ONGLES SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 11 décembre 1934.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

Gabriel CHAMBON

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

Né le 16 novembre 1909, à Bordeaux.



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

—
1934



A MON PÈRE

*Intendant Militaire de 2^e Classe.
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Sa vie est pour moi l'exemple à suivre
de l'honneur et du devoir.

A MA MÈRE

En pieux hommage de tendresse.

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

*Professeur d'Anatomie Pathologique.
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous faire l'honneur d'en accepter la présidence. Il nous a accueilli pendant de nombreux stages dans son service. Toujours soucieux de notre instruction il nous a guidé avec sollicitude au cours de nos études médicales. Tout ce que nous lui devons ne pourrait s'oublier.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre entier et respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

Médecin des Hôpitaux.

Il a bien voulu nous faire l'honneur de faire partie de notre Jury de thèse. Nous le prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ARÉGÉ J. F. MARTIN

Il a daigné être notre Juge. Nous lui exprimons nos sentiments de profonde gratitude.

A. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MORENAS

Nous sommes heureux de le compter parmi nos Juges et le prions d'accepter nos sentiments de profonde reconnaissance et de fidèle attachement.

NOS JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL MORVAN
*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire.
Officier de la Légion d'Honneur.*

A MES MAÎTRES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
DE L'HÔPITAL MILITAIRE DESGENETTES

A MES CHEFS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Lors d'une communication faite le 29 juin 1933 à la réunion Dermatologique de Lyon, Monsieur le Professeur FAVRE, signalait l'intérêt que pouvait présenter, pour les cliniciens, la chute spontanée des ongles et se réservait de produire ultérieurement une étude plus complète de ce phénomène.

Suivant depuis plus de trois ans l'enseignement de ce Maître, qui nous attirait par sa bonté, sa bienveillance et aussi par l'admiration qu'avait fait naître en nous sa science, la clarté de ses leçons cliniques et ses conseils, nous lui demandâmes de nous faire confiance pour l'exécution de ce travail, ce qu'il voulut bien nous accorder et nous aider à mettre au point.

INTRODUCTION

Dans une récente causerie médicale du Journal LE TEMPS, le Docteur H. BOUQUET, signalait l'intérêt qu'on peut tirer de l'examen des ongles érigé à l'état de véritable méthode séméiologique; on a même pour elle créé un nom, c'est la divination par les ongles ou onychomancie.

Nous ne voudrions pas qu'elle soit assimilée à des procédés dont la valeur scientifique est encore discutée telle que la divination par les baguettes ou rhabdomancie. L'examen des ongles repose sur un ensemble de données scientifiques solidement établies. Il est encore, cependant trop négligé, nous espérons l'établir dans notre thèse.

Avant d'entreprendre l'étude du sujet qui fait l'objet de notre travail, à savoir « la chute spontanée des ongles », nous avons tenu à rappeler certaines modifications unguéales et la signification tant pronostique, que diagnostique susceptible de leur être accordée.

CHAPITRE I.

REVISION DES PRINCIPALES ALTERATIONS UNGUEALES

L'ongle, production cornée d'origine ectodermique, adhère par sa face inférieure au derme sous-jacent et s'enclave très solidement dans la matrice unguéale. Par l'intermédiaire de celle-ci qui le rattache au reste de l'organisme, il reçoit les éléments nécessaires à sa nutrition et il croît. Cette croissance, d'ailleurs, serait sujette à des variations en rapport avec l'âge, la main, la saison, l'état de santé et même certaines circonstances de la vie quotidienne telles que l'alimentation (MANGIN-BALTHAZARD).

L'observation révèle d'autres anomalies consécutives à des états pathologiques. La matrice perdant son intégrité de fonctionnement, le développement et la structure de l'ongle vont se modifier.

Si nous laissons de côté les altérations d'origine purement locale, telles que les atteintes infectieuses, parasitaires, traumatiques, tout autant, d'ailleurs, que les changements d'ordre professionnel dus aux toxiques, aux colorants, aux blessures répétées et provoquant de véritables stigmates unguéaux, nous constatons :

1° DES MODIFICATIONS DE LA COLORATION.

La coloration rose des ongles provient des capillaires sanguins sous-jacents. Chez les sujets anémiques elle disparaît presque, l'ongle devient blanchâtre. Par contre il passe au bleu et même au noir chez les individus qui présentent une circulation insuffisante, ou une hématoxe déficiente.

Les « onychorodes » sujets aux ongles trop roses, seraient souvent des tuberculeux torpides (OLMER-AUDIBERT). BRISSON a remarqué que, chez les paludéens, une teinte grise de l'ongle précéderait l'accès thermique. MILIAN a signalé les arcs lilas qui apparaissent sur la lame unguéale au cours de la syphilis secondaire. Cet arc se rencontrerait aussi dans l'acrocyanose. Enfin « les ongles marbrés », SABOURAUD) ainsi dénommés à cause des taches blanches floconneuses qu'ils présentent, se verraient chez les personnes dont la résistance organique est diminuée.

2° DES ANOMALIES DES LUNULES.

CARTON et ZÖLLER ont montré que les lunules unguéales seraient d'autant plus importantes en nombre et en dimensions que le potentiel vital serait plus élevé. Chez les sujets sains le nombre serait de huit à dix; les lunules des pouces seraient les dernières à disparaître.

3° DES DYSTROPHIES CONGÉNITALES.

L'anonychie ou absence de l'ongle, les ongles épidermiques, les ongles mal développés, remplacés par

un amas corné, striés, cannelés accompagnent souvent la sclérodermie familiale, ou d'autre fois, font partie d'un ensemble de troubles trophiques d'origine héréditaire, le plus souvent la syphilis (BOCAGE).

4° DES DYSTROPHIES ACQUISES.

Elles peuvent aller, de la formation d'un simple sillon, jusqu'à la chute de l'ongle et être la conséquence de lésions inflammatoires de l'ongle apparues après des maladies infectieuses. (LÉVY-FRANKEL). En général l'amincissement, la striation longitudinale, le décollement des extrémités se voient dans la maladie de RAYNAUD, l'artérite oblitérante, l'artériosclérose, les varices, les troubles sympathiques, la lèpre. (BOCAGE). La syphilis (FOURNIER), les troubles endocriniens (LÉVY-FRANKEL), la pelade, pourraient déterminer certaines des modifications précédentes, auxquelles il faudrait adjoindre des anomalies comme les ongles concaves, cassants, friables ou à courbures et structures bizarres.

Le ramolissement des ongles se rencontre dans la formolinonychie (HELLER-GALEWSKI), la dyshydrose, et l'ongle en écaille d'œuf de NEVENS HYDE aurait été observé par lui chez les femmes atteintes de troubles circulatoires locaux et d'acroasphyxie.

La striation transversale, sillon arciforme de BEAU, serait le témoin passé des maladies graves ou des grands chocs nerveux. Pour SPÉRANSKY il pourrait être un signe de syphilis héréditaire et apparaître alors la cinquième semaine après la naissance. FOURNIER l'a constaté dans la syphilis acquise.

Les perforations, les érosions ponctuées au longitudinales des ongles, les dentelures, les crénelures, les fendillements se voient dans la syphilis ainsi que le périonyxis (FOURNIER-MILIAN).

L'épaississement de la lame unguéale a été remarqué dans certaines affections d'origine endocrino-sympathique telles que la maladie de Basedow (ALDERSON), le myxœdème (LÉVY-FRANKEL) ou encore dans la syphilis acquise ou héréditaire (FOURNIER-BOCAGE).

Il faut rapprocher, de cette malformation, l'onychogryphose, où les ongles sont épaissis et courbés en griffe, qui serait pour certains la conséquence d'une atteinte parasitaire de l'ongle; pour d'autres elle relèverait d'une pathogénie neuro-vasculaire.

Par les exemples, que nous venons d'exposer, nous avons eu l'intention de montrer que l'on pouvait accorder une valeur symptomatique aux altérations unguéales. Nous n'avons, volontairement, considéré que les manifestations anormales, apparaissant lors d'un trouble de l'état général. « ...Les modifications peuvent être plus accusées encore et il peut même y avoir une interruption brusque de la production de l'ongle qui tombe et est remplacé par un autre ». (DUBREUILH).

C'est cette chute des ongles que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE II

LA CHUTE DE L'ONGLE

La chute est toujours précédée d'un décollement de la lame unguéale, mais tout décollement n'est pas forcément suivi de chute.

En effet, le décollement peut être :

1° PARTIEL.

Dans ce cas on constate, soit une perte d'adhérence du lit de l'ongle d'avec le derme sous-jacent, soit une séparation de la racine de l'ongle d'avec sa matrice. Dans l'une comme dans l'autre, soit sous la poussée d'un nouvel ongle, soit que le décollement intéresse les régions restées saines, la chute peut se produire; mais, assez souvent, on assiste à un recollement, la lésion se réparant par croissance des parties intactes de l'ongle. (FOURNIER-NICOLAS. MASSIA. LEBEUF-ROUSSEL).

L'étiologie de ces décollements, est assez mal connue (Darier), on les a, toutefois, remarqués dans la syphilis surtout; les radiodermites, les érythrodermies, la pelade, le diabète.

2° TOTAL.

Dans le décollement total, l'ongle perd toutes ses

attaches normales et tombe, aucun processus réparateur n'étant dès lors possible.

Cet accident a été observé dans l'intoxication aiguë arsenicale et dans l'intoxication oxycarbonée; il serait, dans ce dernier cas, provoqué, suivant J. HELLER, par des lésions post-névritiques. LÉVY-FRANKEL le signale au cours des gelures, des névrites traumatiques ou infectieuses; DARIER dans la maladie de DUHRING.

Mais c'est surtout dans la syphilis qu'il a été remarqué avec les caractères spéciaux qui nous intéressent, à savoir une chute spontanée, sans phénomènes douloureux.

D'après FOURNIER, dans les onxis syphilitique, la chute se produit après les modifications suivantes :

« ...L'ongle se détache peu à peu des parties sous-jacentes, se décolle progressivement dans toute son étendue, en donnant de plus en plus l'impression d'un ongle mort; puis quand toutes ses adhérences se sont rompues, il finit par tomber, en laissant à découvert ce qu'on appelle la matrice et le lit de l'ongle.

Ce travail de séparation se fait sans douleur, à ce point que certains sujets — peu soucieux de leur personne il faut en convenir — sont parfois surpris de voir un de leurs ongles détaché, sans avoir soupçonné un instant qu'il fut malade. » (Ici l'auteur cite le cas d'un jeune homme qui perdit tous les ongles des orteils à son insu et qui s'étant mis à leur recherche en trouva deux dans ses chaussettes; puis celui d'une femme qui fut étonnée de retrouver

l'ongle d'un de ses gros orteils dans ses draps de lit).

Lorsqu'on examine l'ongle qui tombera après s'être décollé, on le voit toujours d'après FOURNIER : « ...se bomber au niveau de sa racine, faire relief, se soulever, bientôt on aperçoit son bord supérieur qui, détaché et poussé en avant (suivant le mode habituel de croissance ou d'élimination de la lamelle unguéale) laisse nu derrière lui une petite surface rosée, sèche et squameuse, laquelle n'est autre que la matrice de l'ongle. Cette surface devient de jour en jour plus considérable, à mesure que progresse le travail d'élimination. Puis l'ongle se décolle de plus en plus et finit par tomber.

Mais avant même qu'il soit détaché, déjà un processus régénérateur s'est établi, et, un nouvel ongle tend à se constituer. Celui-ci s'accroît et se développe. Parfois il pousse aussi régulier de forme que celui dont il a pris la place, mais, en d'autres circonstances, il reste plus ou moins arqué, incurvé, crochu, voire ratatiné, rabougri.

On a même dit que dans certains cas de cet ordre la régénération unguéale ne se produit pas et que l'ongle est remplacé simplement par une masse informe de matière cornée. Je ne saurais garantir ce dernier fait, ne l'ayant pour ma part jamais observé dans la forme d'onyxis relativement bénigne dont il vient d'être question. »

Suivant DUBREUILH : « ...Plusieurs grandes maladies affectant plus ou moins le système nerveux, comme le diabète, l'ataxie locomotrice, peuvent

emmener des dystrophies et surtout la chute des ongles quelquefois presque périodique. Cette chute étudiée par **POUGET**, **PITRES**, **JOFFROY** et leurs élèves est souvent un accident très précoce du tabes, il atteint les ongles des orteils et surtout du gros orteil.

Les altérations unguéales sont précédées par des fourmillements dans les orteils, par des douleurs persistantes ou des crises de douleurs fulgurantes. Parfois la chute est accompagnée et facilitée par la production d'une ecchymose sous-unguéale analogue aux ecchymoses cutanées consécutives aux douleurs fulgurantes qui ont été décrites par **KRAUS**. Dans tous les cas, la chute des ongles se fait sans inflammation et sans douleur. Le malade qui a souffert auparavant perd ses ongles sans s'en apercevoir, il les trouve accidentellement dans ses chaussettes. » **RÉGIS** considère les dystrophies et la chute spontanée des ongles comme un trouble trophique de la paralysie générale.

MANGIN-BALTHAZARD signale que dans certaines circonstances et sans aucun phénomène inflammatoire, « il y a chute des ongles qui tombent noirs ». En cette occurrence l'hérédité syphilitique atténuée et très éloignée dans l'échelle des ascendances, semblerait devoir être incriminée ¹.

(1) Dans la monographie récente consacrée aux maladies des ongles — celle de **M. MANGIN-BALTHAZARD** — le phénomène si important de la chute spontanée de l'ongle ne retient que peu l'attention de l'auteur, son observation personnelle se borne à cette simple phrase : « En d'autres circonstances et sans que ces dernières s'accompagnent de tout le processus inflammatoire que nous venons de décrire, il y a chute des ongles qui tombent noirs... »

Il serait intéressant d'avoir des détails sur le ou les cas observés par l'auteur; peut-être s'agit-il d'hématomes spontanés sous unguéaux que l'on a d'ailleurs observé chez les syphilitiques (**Travaux de POUGET, PITRES, JOFFRAY**).

L. BATUT, qui est aussi cité par l'auteur précédent, a observé des cas d'onyxis secs entraînant le décollement et la chute de l'ongle sans douleur et sans réactions inflammatoires. Cet onyxis qui indique « la persistance du virus syphilitique en l'absence de toute autre manifestation » peut apparaître à n'importe quel stade de la syphilis et être observé « dans les syphilis légères ou graves, peu ou point soignées, comme rigoureusement traitées », ainsi que dans la syphilis héréditaire.

Toutefois, la chute spontanée des ongles, se rencontre dans d'autres affections générales.

Ainsi AUCHÉ l'a vue chez les diabétiques et DE SANCTIS après les crises d'épilepsie.

ARNOZAN a communiqué une chute spontanée des ongles des pieds et des mains survenue sans douleur ni traumatisme ou infection, au cours d'une affection rangée par lui dans les pelades trophonévrotiques.

A l'examen on notait : des plaques de pelade de la barbe, une chute des poils au voisinage des ongles tombés, une hypoesthésie des phalangettes partant des lames unguéales malades, et, outre un ptosis, de la paupière gauche, datant, paraît-il, de l'enfance, une légère inégalité pupillaire.

L'auteur relève dans les antécédents de ce sujet âgé de 41 ans, marié et père de deux enfants vivants (sa femme a eu deux fausses couches, l'une avant, l'autre après ces deux naissances), d'abord, du point de vue héréditaire : une chute de tous les ongles chez son grand-père — ensuite personnelle-

ment : trois blennorrhagies à 16, 18, 23 ans, une crête de coq; il semble avoir échappé à la syphilis, aucun accident lui étant imputable n'ayant été relevé par l'auteur. A part une forte bronchite et une adénite suppurée du cou traitée par l'iode de potassium on ne retrouve plus que des douleurs lombaires extrêmement violentes qui auraient été provoquées par les courses prolongées auxquelles l'obligeait son métier de garçon de recettes.

Enfin, J. OLIVER a communiqué trois cas. Dans le premier, il s'agit d'un enfant de douze ans chez qui s'est produite une chute, à répétition, des ongles des gros orteils, sans douleur, ni traumatisme ou autre lésion pouvant l'expliquer. Le même phénomène s'est produit chez son frère de deux ans plus vieux et chez un malade âgé de quarante-deux ans, dont les ongles, depuis trois ans, tombent annuellement lorsqu'il est vu par l'observateur. L'absence de tous signes d'examen et d'antécédents lui fait imputer le phénomène à l'hérédité.

Monsieur le Professeur FAVRE, dans son Service des Hôpitaux de Lyon, nous a fait constater plusieurs fois ce phénomène de chute lors de l'examen des malades et a bien voulu mettre à notre disposition les observations suivantes qui, trop longues pour être publiées intégralement, ont été résumées sous son contrôle direct.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I.

Mel... F. 64 ans.

Douleurs articulaires et musculaires épisodiques. Affection osseuse de l'enfance à lente évolution développée à la jambe droite, ayant frappé les deux os en y créant des lésions d'ostéite et de périostite extrêmement étendues. Arriération psychique; altérations dentaires. Leucoplasie buccale très marquée. Abolition des réflexes achilléens. Chute spontanée des ongles des deux gros orteils.

Le malade est venu à l'hôpital pour des douleurs du bras droit, de la nuque, des genoux.

Le principal intérêt de l'examen de l'histoire de ce sujet, tient dans une affection osseuse qui a débuté à 12 ans à la jambe droite, qui a été opérée à 14 ans et s'est accompagnée de l'issue d'esquilles osseuses. La lenteur de l'évolution, le peu d'acuité des phénomènes font éliminer le diagnostic de l'ostéomyélite aiguë à pyogènes.

On constate, sur les radiographies, des lésions très étendues des deux os de la jambe. En deux points, en particulier, le tibia a été le siège d'une ostéite condensante qui a fait disparaître la trabéculatation normale, a renflé l'os épaissi. Le péronée a été tout aussi touché que le tibia; il est le siège, dans ses trois quarts inférieurs, de condensations périostiques très irrégulières et très accusées. Les lésions s'étendent jusqu'à la malléole externe qui est volumineuse. Gros épaissis-

sement de la malléole interne. Le pied a été projeté en dehors par ces modifications de la mortaise tibio-péronière. Les lésions examinées par M. le D^r TAVERNIER ont été rapportées par lui à l'ostéomyélite syphilitique.

Le malade est un sujet au psychisme simplifié, il n'est pas marié.

A noter : une inégalité de volume des deux testicules. Les dents sont usées au maxillaire supérieur jusqu'à leur émergence sans qu'il s'agisse de carie. Elles ont toujours été petites et très écartées. Leucoplasie très étendue en pavage de la face interne des deux joues. Les ongles sont tombés à deux reprises différentes sans douleur. A gauche repousse d'une petite lamelle unguéale occupant à peu près la moitié de la surface de l'ongle. A droite repousse plus complète; mais dans sa moitié antérieure l'ongle devient gris sale, s'épaissit et prend un aspect feuilleté.

Réactions sérologiques :

Kahn standard : douteuse.

Kahn présomption : très positive.

Hecht : négative.

OBSERVATION N° II.

Pri... F., 61 ans. Voiturier.

Ethylisme professionnel. Bronchite chronique. Syndrome spléno-hépatique, gros foie dur, grosse rate, pas d'ascite, léger subictère. Hypertrophie cardiaque. Hypertension artérielle. Albuminurie. Kystes de l'épididyme. Angiodermite pigmentée purpurique. Inégalité des réflexes achilléens : paresse pupillaire. Chute spontanée des ongles.

Le malade vient à l'hôpital pour des plaques de dermite parakératosique des jambes. Il s'agit, à l'examen, d'une angiodermite pigmentée et purpurique qui a débuté un an auparavant.

Le sujet, conducteur de diligences, est un gros éthylique. C'est un vieux tousseur. Il dit n'avoir jamais eu d'affection vénérienne.

A l'examen on constate :

1°) Des signes respiratoires : submatité et obscurité des deux bases sans signes liquidariens.

2°) Des troubles digestifs : foie gros et dur, rate perceptible à la palpation, pas d'ascite.

3°) Des troubles cardio-vasculaires : pointe déviée, cœur hypertrophié; éclat du deuxième bruit à la base. T. A. 18/9.

4°) Des kystes épидидymaires bilatéraux.

5°) Des perturbations des réflexes tendineux et pupillaires : faiblesse de l'achilléen droit, paresse pupillaire.

A noter que les ongles des deux gros orteils sont tombés spontanément, l'un deux fois, l'autre une seule fois et que le malade les retrouva dans ses chaussettes.

Réactions sérologiques :

Hecht : positif.

Wasserman : négatif.

OBSERVATION N° III.

Mor... E., 48 ans. Coiffeur.

Altérations diverses complexes développées chez un malade éthylique, rhumatisant et syphilitique certain. Adénolipomatose symétrique. Syndrome spléno-hépatique avec tuméfaction des deux organes. Atrophie bilatérale des deux testicules. Diminution du réflexe achilléen droit; paresse pupillaire bilatérale. Décollement spontané très étendu des ongles des deux orteils.

Le malade entre à l'hôpital pour des troubles complexes. Ses antécédents personnels sont très chargés : c'est un rhumatisant, un éthylique, un syphilitique. A dix-huit ans chancre de la verge, trois ans plus tard gomme syphilitique du bras gauche traitée à l'Antiquaille par le D^r BONNET. Quelques années plus tard le sujet est hospitalisé, chez le D^r BÉRIEL, pour des douleurs fulgurantes, il est traité au muthanol.

Le malade se plaint actuellement de dyspnée, essoufflement, fatigue générale. Il a vu se développer, peu à peu, en particulier à la région cervicale des tuméfactions indolentes.

L'examen révèle :

Une lipomatose symétrique, très accusée à la nuque, plus discrète à la paroi abdominale, au pubis. Des infiltrations lipomateuses se voient sur le dos des mains, le long des extenseurs. Nombreuses ecchymoses sur les téguments apparaissant sans cause ou sous le plus léger choc.

Le foie et la rate sont nettement perçus, augmentés de volume. On constate une atrophie bilatérale très marquée des testicules.

L'examen du système nerveux, montre une diminution du réflexe achilléen droit. Les deux pupilles réagissent faiblement à la lumière.

Le malade présente des altérations unguéales très accusées. Les deux ongles des gros orteils ont pris une teinte vieil ivoire, ils sont décollés sur la plus grande partie de leur étendue.

A diverses reprises, le malade a achevé ce décollement, en brisant sans douleur l'ongle qui se casse à quelques millimètres de son point d'émergence. On doit considérer que les altérations sont telles et le décollement si accentué qu'ils aboutissent en réalité à une chute de l'ongle que le malade ne fait que compléter.

Réactions sérologiques :

Hecht : positif.

Wasserman : négatif.

OBSERVATION N° IV.

Dum... L., 51 ans. Terrassier.

Sciatique bilatérale, très tenace du type radiculaire; douleurs du type fulgurant avec dérobement des jambes. Abolition bilatérale complète et définitive des réflexes achilléens, constatée lors d'examens échelonnés sur plusieurs années. Sclérose discrète des deux bases pulmonaires. Echec de tous les traitements dirigés contre la sciatique, excepté le traitement syphilitique.

Le malade a fait divers séjours à l'hôpital, en 1926-27-33, pour des douleurs sciatiques qui, d'abord localisées à droite, ont également gagné le membre inférieur gauche. Ces dou-

leurs ont, à certaines époques, présenté un caractère d'acuité considérable, subissant des paroxysmes surtout nocturnes et des exacerbations intolérables à l'occasion de l'effort, de la toux de l'éternuement.

Le caractère de ces douleurs et l'abolition bilatérale des réflexes achilléens a fait porter le diagnostic de sciatique radiculaire.

Le malade n'est pas un diabétique et ne présente aucun signe de tumeur susceptible d'expliquer cette sciatique bilatérale. Le seul traitement qui a fini par calmer les douleurs a été le traitement syphilitique en particulier les injections de muthanol.

Il est à noter que, parfois, les douleurs ont présenté un véritable caractère fulgurant et qu'elles s'accompagnent de dérochement des jambes.

Le malade est un sujet maigre qui ne présente pas d'autres lésions viscérales que des signes discrets de pneumopathie chronique des deux bases; c'est un tousseur habituel. A la radioscopie, hiles en buissons.

Le Wasserman pratiqué une seule fois est négatif. Au cours d'un premier séjour il a été noté que le malade retrouvait, dans ses sabots, ses ongles tombés sans traumatisme préalable.

Le 11-12-33, M. le Professeur FAVRE fait noter que le malade a perdu à différentes reprises les ongles des pieds. Tous les orteils ont été atteints, sauf le cinquième des deux côtés qui n'a jamais présenté qu'un petit rudiment corné. Sur tous les autres la chute spontanée s'est produite. Le sujet dit qu'il trouve ses ongles partout : lit, bas, sabots.

Actuellement les ongles des troisièmes orteils sont de chaque côté en voie de chute. Ils ne sont pas épaissis, présentent un aspect terne, grisâtre et sont décollés sur une grande partie de leur étendue. On commence déjà, à apercevoir derrière l'ongle qui va tomber la poussée d'un ongle nouveau. Au gros orteil les altérations unguéales sont très apparentes. A gauche il ne s'est formé qu'une lame cornée peu épaisse qui, sur la plus grande partie de sa surface, apparaît d'une teinte écorce de marron. A droite, l'ongle est irrégulier, épaissi; vers son bord libre, il est enchassé dans le lit unguéal.

OBSERVATION N° V.

Vve Mag..., M, 77 ans. Sans profession.

Rhumatisme chronique prédominant aux deux genoux, avec néoproductions osseuses dans le tendon du quadriceps et becs de perroquets tibiaux.

Souffle systolique de la base.

Chute spontanée des ongles.

La malade est très difficilement examinable; il est impossible d'avoir des renseignements sur ses antécédents. Elle est venue à l'hôpital pour de curieuses déformations des genoux et d'une main.

A la radiographie du genou droit on constate des déformations osseuses importantes, des productions ostéophytiques déformant la rotule, remontant dans le tendon du quadriceps et rappelant autant l'aspect d'arthropathies.

A l'examen : Au système nerveux, abolition des réflexes rotuliens et achilléens.

Au cœur, souffle systolique de la base, à propagation dans les vaisseaux du cou. On ne peut affirmer l'existence d'un souffle diastolique.

Chute spontanée des ongles, des deux orteils survenant après une période d'épaississement unguéal et de décollement.

Réaction de Wasserman : négative.

OBSERVATION N° VI.

Mez..., épouse D., 57 ans. Domestique.

Ethylisme probable. Pupilles en myosis et fixité pupillaire. Chute spontanée des ongles des deux gros orteils.

La malade entre à Grange-Blanche parce qu'elle a fait une chute étant ivre. Elle dit que c'est la première fois qu'elle s'enivre, mais il y a bien des raisons de suspecter sa véracité.

La région orbitaire droite est envahie par une vaste

ecchymose déjà en voie de résorption, polychrome et qui, à sa périphérie, a pris une jolie teinte jaune verdâtre.

Il n'y a rien à tirer de l'enquête menée sur les antécédents personnels ou héréditaires de la malade.

Les points suivants sont à retenir de son observation.

1°) L'examen viscéral est négatif sauf en ce qui concerne le système nerveux. On constate en effet que les pupilles sont en myosis et ne réagissent pas à la lumière.

2°) La malade a perdu, à plusieurs reprises, les ongles des deux gros orteils. A gauche l'ongle du gros orteil est une lame cornée, jaunâtre homogène, épaisse et dure, de teinte vieil ivoire qui est en voie de décollement. A plusieurs reprises la malade a trouvé les ongles dans son lit ou ses bas.

Réactions de Wasserman, Hecht, Kahn : très fortement positives.

OBSERVATION N° VII.

Bes... Marie, 53 ans. Ménagère.

Tabès.

La malade est amenée à l'hôpital par un service d'ambulance. On l'a trouvée effondrée dans la rue. Elle dit que depuis six mois ses jambes ont beaucoup faibli et que pareil accident de dérobement des membres inférieurs lui est déjà fréquemment arrivé.

L'examen de la malade montre qu'il n'existe aucune trace de parésie, que les articulations sont souples et libres, mais l'examen révèle une série de signes du tabès.

Il existe des troubles très accusés de la sensibilité profonde : une incoordination manifeste, un signe de Romberg; les pupilles en mydriase sont très inégales et ne réagissent pas à la lumière. Les réflexes achilléens sont abolis. La malade perd ses urines et ses matières.

A un second examen, le Professeur FAVRE fait noter que la malade présente des signes évidents de tabès et est venue à l'hôpital pour un dérobement des jambes. On constate une abolition des réflexes tricipitaux et achilléens. Les réflexes pupillaires sont fixes en mydriase. Elle a un psychisme très particulier, fait d'irritabilité brusque.

Elle a eu il y a deux ans, dans le dos, des accidents ul-

céreux lentement évolutifs qui ont peu suppuré, n'ont jamais été douloureux. On les a qualifiés furoncles. Il semble bien qu'il se soit agi de tout autre chose.

La malade a perdu à diverses reprises les ongles des deux gros orteils, qui s'étaient épaissis et sont tombés sans douleur. Elle les a retrouvés dans les bas.

Examen des yeux. (M. le professeur BONNET). Pupilles en mydriase, plus large à gauche. Réflexes abolis à la lumière, conservés à la convergence. Dischromatopsie centrale.

Réactions sérologiques. Wasserman. Hecht. Kahn : positives.

OBSERVATION N° VIII.

Mich... E. 65 ans. Cultivateur.

Leucémie lymphoïde. Chute spontanée des ongles des gros orteils.

L'observation à trait à un malade envoyé, à Grange Blanche, par le professeur Favre qu'il est venu consulter pour des adénopathies indolentes généralisées avec tuméfaction splénique.

L'affection s'est développée insidieusement sans prurit, ni fièvre. Le syndrome clinique est celui d'une leucémie lymphatique, que confirme d'ailleurs l'examen sanguin.

L'interrogatoire et l'examen de ce malade ne révèlent rien qui soit à retenir en dehors de l'affection sanguine et lymphatique.

Le malade dit qu'à plusieurs reprises les ongles des deux gros orteils lui sont tombés.

Réactions sérologiques : négatives.

OBSERVATION N° IX.

Bes... F. épouse G..., 53 ans. Sans profession.

Reins polykystiques. Hématuries. Syndrome urémique avec azotémie forte. Hypertrophie cardiaque. Ectasie aortique, confirmée à la radioscopie.

La malade est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de gros foie et de grosse rate. Il n'y a rien à retenir des anté-

cédents héréditaires ou personnels; sa santé aurait commencé à décliner il y a seulement quelques mois.

La malade perd l'appétit et son teint devient pâle et jaune. Elle a constaté également une diminution de la quantité des urines.

C'est une femme d'aspect fatigué, au visage jaune terreux. Dans la longue observation de cette malade, les constatations les plus importantes ont trait à l'état du cœur et de l'abdomen. L'exploration de l'abdomen, le montre distendu avec circulation complémentaire nette. Il n'y a pas d'ascite

On perçoit, dans les deux flancs, deux masses symétriques très volumineuses se perdant en haut sous les fausses côtes, comblant la région lombaire et descendant en dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Ces deux masses sont très nettement et uniformément lobulées. Il s'agit certainement de reins polykystiques.

La distension abdominale empêche l'exploration du foie.

Le diagnostic de reins polykystiques est confirmé par la constatation d'une formule sanguine normale; de la présence d'albumine dans les urines; d'une rétinite albuminurique, d'une augmentation d'urée sanguine (2 gr. 50) et enfin par la constatation dans les derniers jours du séjour de la malade dans le service, d'une péricardite ayant les caractères d'une péricardite brightique.

La malade a eu récemment une hématurie à la suite d'une chute.

Le cœur est volumineux avec de gros battements suster-naux. Les pouls radiaux sont imperceptibles et non synchrones. La radioscopie révèle une ectasie aortique.

A signaler que les ongles des deux gros orteils sont tombés à plusieurs reprises sous l'influence de légers traumatismes. Réactions sérologiques.

Bordet-Wasserman : légèrement positif. Hecht : positif.

OBSERVATION N° X.

Pav., G., 77 ans. Manœuvre.

*Pneumonie du sommet droit. Ectasie aortique.
Double souffle de la base du cœur. Urémie.*

Le malade entre à Grange Blanche le 8-2-34 pour une affection pulmonaire aiguë. C'est un sujet de 77 ans qui tousse

depuis longtemps et qui a été atteint en 1911 d'une pleurésie purulente de la base droite. Il dit n'avoir jamais eu de maladie vénérienne.

Son état général paraît très atteint. Il est amaigri et les pommettes sont colorées, cyanose des lèvres.

L'auscultation révèle dans l'aisselle droite un foyer de souffle assez étendu avec quelques râles fins inspiratoires. A gauche râles diffus de bronchite.

A l'examen du cœur on constate un souffle systolique de la base.

Le 16-2-34, M. le Professeur FAVRE fait les remarques suivantes.

Le malade apparaît surtout comme un vasculaire à artères dures. C'est un ancien bronchitique qui présente actuellement des signes de congestion pulmonaire aiguë du poumon droit. C'est un cardiaque à double souffle, chez lequel la radiographie décèle une grosse ectasie aortique et dont les réactions sérologiques se sont montrées très positives.

Urée sanguine 1 gr 16.

Le malade très affaibli meurt le 19-2-34.

L'autopsie a montré en particulier une grosse dilatation aortique avec de petits anévrysmes secondaires sacciformes. Rein et foie vasculaires.

Il est à noter que le malade a dit avoir, à plusieurs reprises, perdu les ongles des deux gros orteils, qui se sont détachés sans aucune douleur. Les ongles, une fois tombés, repoussaient normalement et retombaient après être devenus jaune foncé.

OBSERVATION N° XI.

Mag... P., 52 ans. Passementière.

Pneumopathie chronique bilatérale des bases. Recherches des B. K. négatives. A la radioscopie symphyse pleuro-diaphragmatique. Arborisations bronchiques à point de départ hilaire. Réactions sérologiques. Wasserman positif.

La malade, sans domicile, est venue à plusieurs reprises à l'hôpital depuis 1927; les séjours y ont été motivés par une pneumopathie chronique bilatérale des bases. L'affection a

subi des poussées qui chaque fois ont contribué à l'aggraver.

Il est très difficile d'être renseigné sur son passé.

L'examen clinique a montré aux deux bases de l'affaiblissement du murmure, des foyers de râles fixes sans zone soufflante. Le diagnostic a été celui d'une pneumopathie chronique, d'un état bronchique avec sclérose diffuse, qu'a confirmé l'examen radiographique et radioscopique en montrant une limitation considérable des mouvements diaphragmatiques, des hiles très épais en fagot de branchage, d'où partent en descendant des arborisations bronchiques en saule pleureur.

L'état général est resté bon.

L'expectoration au premier séjour était relativement abondante. L'examen des crachats, fait à plusieurs reprises, n'a jamais montré de B. K. En revanche le Bordet-Wasserman pratiqué aux divers séjours de la malade, a toujours été fortement positif.

Le traitement iodo-hydrargyrique a considérablement amélioré l'état fonctionnel de cette malade.

On a observé chez elle de curieuses altérations unguéales. Les ongles des deux gros orteils sont tombés à plusieurs reprises. Ils se sont épaissis, décollés progressivement et se sont détachés sans aucune douleur et sans aucun traumatisme antérieur.

Les ongles des deux gros orteils épaissis se sont transformés en deux plaques cornées de la teinte d'un vieil ivoire. A plusieurs reprises la malade les a retrouvés dans ses bas. Ces chutes spontanées se produisent depuis plusieurs années.

A l'un des séjours de la malade on a noté, également, une altération semblable atteignant le deuxième orteil droit, dont l'ongle épaissi, jaunâtre, bombé en élythre de coccinelle est tombé comme celui des gros orteils.

Il a été très difficile chez cette malade indocile de faire suivre pendant un temps suffisant le traitement qu'indiquait son état.

OBSERVATION N° XII.

Che... P., 53 ans. Mécanicien.

Etat asthénique consécutif à une hypo-alimentation prolongée chez un éthylique ancien syphilitique.

Il s'agit d'un sujet qui a demandé son hospitalisation en

accusant des troubles très variés, faiblesse générale, douleurs dans les membres inférieurs baisse de la vue

C'est un mécanicien en chômage depuis plusieurs semaines qui s'est très mal nourri, mais qui a continué à faire des excès de boisson.

Dans ses antécédents on relève :

Une syphilis contractée il y a quatorze ans, soignée par le D^r BONNET au début, mais que le malade semble avoir négligée par la suite.

L'examen viscéral de ce malade dont l'état général est relativement précaire et qui est amaigri, ne montre rien de net au cœur (T. A = 12/6), pas plus qu'aux poumons et à l'abdomen.

Les réflexes tendineux sont normaux; les pupilles égales ne réagissent que très faiblement.

Des douleurs des membres inférieurs, plus marquées à droite, ont quelques caractères de celles qui accompagnent la claudication intermittente d'origine vasculaire. Mais, les diverses épreuves pratiquées, pour mettre en évidence le déficit circulatoire ne sont pas très démonstratives.

Le malade a fait plusieurs séjours dans le service. Lors du dernier, en mars 1934, les réactions sérologiques étaient négatives. Il a fait au cours de celui-ci un énorme hématome spontané de la fesse gauche.

Le malade signale qu'il a perdu en 1931 sans aucune douleur et sans traumatisme les ongles des deux gros orteils qui ont repoussé épaissis.

OBSERVATION N° XIII.

Des... H., 32 ans. Cultivateur.

Rétrécissement inflammatoire probable du rectum au début. Séquelles de maladies vénériennes. Ethylisme. Bronchite et emphysème. Chute spontanée de l'ongle du gros orteil droit.

Réactions sérologiques — très positives.

Réaction de Frei — négative.

Le malade est entré à Grange Blanche en novembre 1933. C'est un sujet de 32 ans dont le passé est très chargé. Il a fait son service à la Légion, a eu de très nombreuses blennor-

gies, des chancres mous, des bubons probablement poradéniques enfin un chancre phagédénique du gland et du méat uréthral qui a entraîné une véritable mutilation.

C'est un gros éthylique qui a présenté également un épisode dysentérique au Maroc. Il est envoyé au service pour des accidents inflammatoires, développés sur la paroi latérale gauche de l'anüs.

Il s'est développé, là, une tuméfaction assez étendue, douloureuse, sur laquelle on est intervenu sans diagnostic précis. Lors de l'intervention, on a trouvé de la sérosité et du pus. Le toucher rectal montre que la tuméfaction se poursuit sur la paroi latérale gauche du rectum dont l'exploration, par le doigt, est douloureuse.

La paroi rectale gauche est cartonnée sur une étendue de 5 à 6 centimètres en hauteur. On est très probablement en présence d'un rétrécissement inflammatoire au début, mais encore localisé.

L'examen viscéral du sujet donne peu de renseignements. Rien au cœur, poumons et système nerveux.

Réactions de Wassermann, Hecht, Kahn : très positives.

Il est à noter que, chez ce malade, l'ongle du gros orteil droit est tombé spontanément, il y a deux ou trois ans, et n'a pas été remplacé par une nouvelle production cornée.

Le malade indocile a quitté le service.

OBSERVATION N° XIV.

L... A., 58 ans. Voiturier.

Arriération mentale. Diminution considérable de l'acuité auditive. Angiodermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs apparue vers vingt-cinq ans.

Le malade est un voiturier, d'interrogatoire très difficile. Il a vu se développer très tôt aux membres inférieurs, de larges plaques bleuâtres qui se sont ultérieurement pigmentées et sur lesquelles ont apparu des ulcérations récidivantes. Il s'agit en somme d'une angiodermite pigmentée et purpurique des plus typiques, accompagnée de multiples petites dilatations angiomateuses des veines des pieds.

Le sujet est un homme de grande taille. Son père et sa

mère sont morts tous deux avant trente ans d'affection qu'il ignore. C'est un arriéré psychique qui n'a pu apprendre à lire. Il est très dur d'oreille. On ne relève pas d'autres stigmates évidents d'hérédosyphilis.

Il faut signaler que l'ongle du gros orteil droit est tombé spontanément laissant à sa place un moignon informe,, rocheux, dur.

Wasserman : négatif.

OBSERVATION XV.

Paz... F., 66 ans. Maçon.

Vertige de Ménière, début de signe d'Argyll Robertson. Chute spontanée des ongles.

Malade venu dans le service pour un vertige intense du type Ménière, ayant entraîné une perte de connaissance avec chute. Pas de syphilis avouée.

Antécédents sans grand intérêt.

Depuis longtemps bourdonnements d'oreille; le 20-2-32, chute brusque après un vertige accompagné de sifflements intenses.

Examen viscéral, négatif à l'exception d'une hypertrophie hépatique avec induration légère de la glande et des altérations auriculaires et oculaires. A l'examen otologique, M. le Professeur COLLET, on trouve :

« A droite : tympan épaissi, peu mobile;

A gauche : tympan très épais.

Réflexes nystagmique calorique, normaux à gauche presque abolis à droite.

Les signes présentés sont bien ceux que l'on observe fréquemment dans les vertiges de Ménière. Reste à chercher l'étiologie, la syphilis étant la plus fréquente. »

L'examen oculaire fait à la clinique ophtalmologique a donné les renseignements suivants.

O. D. — réflexes pupillaires normaux.

O. G. — irrégularité et atrophie du bord pupillaire début de signe d'Argyll-Robertson.

Fond d'œil normal.

Le malade a été très amélioré par le traitement mixte hydragro-iodique.

A signaler que le sujet a perdu plusieurs fois ses ongles qui avant de tomber s'épaississent, prennent l'aspect d'une plaque cornée d'un ton jaune vieil ivoire, puis se détachent sans douleur et sans traumatisme antérieur.

OBSERVATION N° XVI.

Gou... F. Vve T., 72 ans. Cuisinière.

Sclérose combinée complète méningo-radriculaire et médullaire. Atrophie du type d'Aran-Duchêne. Babinsky en extension des 2 côtés. Crises comitiales. Fixité pupillaire droite. Réaction de Wasserman, positive. Chute spontanée des ongles.

La malade est entrée à l'hôpital pour des brûlures survenues lors de crises qui ont tous les caractères des accidents comitiaux. Crises brusques avec perte complète de connaissance. Une précédente chute a amené le bris de plusieurs dents du maxillaire supérieur.

L'examen fait surtout retenir des signes objectifs d'affection méningo-radriculaire et médullaire, dont on ignore le début qui se marque, à la fois, par des signes d'atrophie musculaire donnant aux mains le type de la main de prédicateur, et, aux membres inférieurs, se traduisant des deux côtés par un Babinsky en extension, sans déformation ni atrophie musculaire.

L'exploration de la sensibilité permet de rejeter le diagnostic de syringomyélie. Il n'existe pas de troubles trophiques.

Les ulcérations qu'on voit en plusieurs points du corps sont la conséquence de brûlures. Au cours d'une crise la malade est tombée sur son fourneau.

Les réflexes existent sauf l'olécranien droit qui recherche, à plusieurs reprises, a toujours été absent. On est donc en présence d'une sclérose combinée radiculo médullaire. Un renseignement peut être donné, sur la nature de cette affection, par l'examen des yeux qui révèle :

Une forte inégalité pupillaire; la pupille droite en myosis est absolument fixe.

Réactions sérologiques, Wasserman positif. L'ongle du

gros orteil droit est tombé seul spontanément, la malade l'a retrouvé dans son bas.

OBSERVATION N° XVII.

Ben... Jo, 52 ans. Serrurier.

Angiodermite pigmentée et purpurique et accidents ulcéreux de la jambe droite. Chute spontanée des ongles.

Le malade a fait divers séjours à l'hôpital depuis janvier 1927 pour des accidents ulcéreux de la jambe droite. Ils ont débuté vers l'âge de quarante ans par des taches rouge bleuâtre très étendues engainant la jambe sur de larges surfaces. C'est sur ces plaques qu'apparurent les ulcérations qui à diverses reprises se sont fermées puis ouvertes.

Le 28 octobre 1932, le Professeur FAVRE fait consigner sur l'observation la note suivante :

« Le sujet a présenté à diverses reprises sur une large plaque d'angiodermite pigmentée et purpurique des ulcérations relativement peu profondes et des poussées purpuriques. Aujourd'hui la poussée purpurique siège surtout en avant de la malléole externe où l'on constate un bouquet d'une vingtaine d'éléments lenticulaires typiques. La plaque d'angiodermite est absolument typique, polychrome, elle remonte jusqu'à la partie moyenne de la jambe. A cette hauteur sur son bord supérieur on trouve les traces d'une ulcération du diamètre d'une pièce de un franc, dépigmentée au centre, pigmentée à la périphérie, ressemblant à la cicatrice d'une gomme. Les gros conduits veineux ont été atteints. Il y a eu des varices que le traitement sclérosant a complètement réduites.

L'affection est ici presque monosymptomatique. L'examen viscéral ne montre rien, le foie n'est pas gros. Le seul signe que l'on rencontre est une inégalité pupillaire avec légère diminution des réflexes à la lumière. »

Le 4-2-1934. Le malade a présenté à différentes reprises la chute des ongles des deux gros orteils.

Le 1-5-34. L'examen ne révèle rien de nouveau à part un achilléen gauche faible. A signaler ces derniers jours la chute de l'ongle du gros orteil droit.

Réactions sérologiques. Wasserman : négatif.

OBSERVATION N° XVIII.

Cui... J. X., 65 ans. Mécanicien.

Insuffisance aortique. Survenue chez un traumatisé grave du thorax. Etiologie probablement mixte, traumatique et inflammatoire en raison de la positivité du Wasserman. Chute spontanée des ongles.

Le malade a fait à diverses reprises des séjours dans le service pour la dyspnée d'effort et des accidents cardiaques.

A signaler, dans ses antécédents, un écrasement de la poitrine par accident de chemin de fer, pour lequel le malade a été pensionné.

De l'observation de ce malade il faut noter :

1°) L'aspect du malade précocement vieilli.

2°) La constatation de lésions cardiaques : souffle diastolique très net, petit souffle systolique de la base sans propagation dans les vaisseaux du cou.

3°) Des signes de bronchite chronique prédominant surtout à gauche.

4°) Des modifications des pupilles, petites, punctiformes mais à réactions lumineuses encore conservées.

Le sujet à plusieurs reprises a perdu les ongles des gros orteils.

On a discuté la nature des lésions aortiques et soulevé l'hypothèse de leur origine purement traumatique en raison de l'accident ancien assez important pour entraîner une déformation de la paroi thoracique.

Mais une légère altération des réflexes et une réaction de Wasserman très positive, font penser que l'aortite s'est développée, sans doute, à la suite du traumatisme sur un vaisseau pathologique.

OBSERVATION N° XIX.

Ger... J. 43 ans. Colporteur.

Ethylisme. Tuberculose pulmonaire, présence de B. K. dans l'expectoration. Chute spontanée des ongles. Angiodermite pigmentée et purpurique.

Le malade est un éthylique ayant eu de nombreuses bronchites hivernales. Il a été amputé en 1913 pour une tumeur blanche du genou gauche. Il dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, particulièrement pas de chancre, et, les réactions sérologiques, plusieurs fois pratiquées, ont toujours été négatives.

L'examen clinique et la radiographie ont montré des signes nets de condensation des sommets particulièrement du sommet droit qui ont fait porter le diagnostic de bacillose faiblement évolutive.

A un examen on a trouvé, d'ailleurs, des B. K. dans l'expectoration. On ne trouve par ailleurs que peu de choses à signaler dans l'examen viscéral, mise à part une légère hypertrophie du foie.

A noter que l'ongle du gros orteil droit est tombé spontanément après s'être épaissi et avoir pris une teinte jaune ivoire. L'orteil aurait été le siège d'une brûlure mais qui n'aurait pas atteint l'ongle.

De plus, il est porteur d'une plaque d'angiodermite pigmentée purpurique sur le dos du pied.

OBSERVATION N° XX.

Ram... Louise, 48 ans. Femme d'office.

Maux perforants plantaires. Signes neurologiques faisant penser à un tabès non évolutif. Syphilis soignée à l'hôpital St-Pothin et dont le début ne peut être précisé. Chute spontanée de l'ongle du gros orteil gauche.

La malade entre dans le service pour des maux perforants. Elle a été déjà soignée à l'Antiquaille pour la même affection. Il y a 5 ans elle a été hospitalisée à St Pothin, où on lui a fait des piqûres pour une éruption dont elle a été atteinte. On a par ailleurs peu de renseignements sur son passé.

L'attention est surtout attirée par une déformation des pieds, caractérisée par une sorte de recul des orteils qui sont comme insérés sur le dos du pied, alors que le coussinet plantaire antérieur très développé, forme, en dessous d'eux, comme une sorte de talon antérieur dont la partie antérieure affleure l'extrémité des orteils.

La malade a eu à plusieurs reprises des maux perforants. On constate actuellement qu'il en existe en évolution dans la région de la tête du premier métarsien droit. C'est un ulcère circulaire, non creusé, des dimensions d'un gros pois, autour duquel les téguments sont rouges. Il s'est produit certainement des phénomènes inflammatoires.

La malade présente des signes neurologiques discrets mais nets. Le réflexe achilléen droit est aboli, le gauche est épuisable. Elle présente par ailleurs un pouls lent. La respiration est à droite plus faible qu'à gauche.

Pendant son séjour à St Pothin, la malade a eu un décollement de l'ongle du gros orteil gauche. Cet ongle s'est décollé progressivement et on le lui a enlevé sans anesthésie. Il persiste un petit moignon dur et raboteux.

Réaction de Wasserman : négative.

OBSERVATION N° XXI.

K... Ch., 54 ans. Terrassier.

Dermite pigmentée purpurique. Ulcère de jambe. Lymphangite. Chute spontanée des ongles.

L'observation a trait à un malade qui a séjourné très peu de temps dans le service et n'a pu être très complètement examiné.

Il est porteur à la face antérieure de la jambe gauche, d'une plaque d'angiodermite pigmentée purpurique sur laquelle on note des zones blanchâtres cicatricielles qui tranchent sur la teinte brune du placard. Le malade dit que l'affection a succédé à une explosion de mine et à un épanchement sanguin post-traumatique.

En réalité la maladie n'a jamais guéri depuis qu'elle s'est développée. A plusieurs reprises se sont formées, sur la plaque, des ulcérations. A noter que le malade a perdu spontanément l'ongle du gros orteil droit qui est tombé une fois sans douleur. Cet ongle est actuellement représenté par une lame cornée dont la partie antérieure est jaunâtre, épaisse, striée transversalement.

L'examen viscéral ne révèle aucune lésion notable. Réactions sérologiques négatives.

OBSERVATION N° XXII.

J... G., 39 ans. Garçon de café.

Angiodermite pigmentée purpurique. Ulcère de jambe. Syphilis en 1917. Chute spontanée des ongles.

Le malade entre à l'hôpital pour un ulcère dit variqueux de la jambe gauche. A retenir dans ses antécédents qu'il fait quelques excès éthyliques et qu'il a eu en 1917 un chancre siphylitique. Il a abandonné le traitement après une seule piqûre intraveineuse de néosalvarsan.

Trois ans après l'accident primitif, apparition sur les jambes, au lieu d'élection dans les régions péri-malléolaires, de lésions typiques d'angiodermite pigmentée purpurique formant des placards cohérents, violacés, des nappes pigmentaires plus pâles réticulées ou disposées en semis punctiformes. Les éléments de purpura sont nets et nombreux.

L'examen viscéral ne montre aucune lésion nette. Périostite du péronée gauche, visible à la radiographie de l'os. A signaler une chute spontanée des ongles des deux orteils qui se sont décollés progressivement — après s'être épaissis et être devenus jaunâtres — et sont tombés sans aucune douleur. Actuellement l'ongle du gros orteil gauche est constitué d'un petit moignon corné informe, à droite d'une lame cornée compacte.

Réactions sérologiques négatives.

OBSERVATION N° XXIII.

Mag... J., 72 ans. Serrurier.

Insuffisance cardiaque liée à une arythmie complète; état subasystolique. Chute spontanée des ongles.

Le malade rentre dans le service où il a déjà fait de nombreux séjours pour de la dyspnée et de l'œdème des membres inférieurs.

Dans ses antécédents on retrouve une syphilis ancienne, diagnostiquée à l'Antiquaille et très irrégulièrement traitée. A part cela on ne retire rien de l'interrogatoire, si ce ne sont plusieurs séjours à l'hôpital pour des malaises variés.

A l'examen on constate un état de subasystolie avec dyspnée, oedème malléolaire. Au cœur, bruits rapides et un peu irréguliers; il s'agit d'arythmie complète.

Aux poumons broncho-alvéolite sur un fond d'emphysème. Le malade accuse en outre un peu de dysurie, ses urines sont troubles. Le toucher rectal montre une prostate légèrement hypertrophiée, on sent au-dessus des vésicules séminales indurées.

Le sujet a présenté, à plusieurs reprises, une chute spontanée des ongles des deux gros orteils qui sont tombés sans aucune douleur et sans traumatisme antérieur.

Réactions sérologiques positives.

Le malade indocile quitte le service dès l'amélioration par la digitale de son état cardiaque.

OBSERVATION N° XXIV.

Dég... A., 47 ans. Maraîcher.

Affection pulmonaire ancienne à marche très lente avec toux expectoration abondante et modifications bronchiques constatées à la radioscopie. Angiodermite pigmentée et purpurique. Chute spontanée des ongles.

Il s'agit d'un malade de 47 ans venu à l'hôpital pour une affection pulmonaire de date ancienne. Le malade est un tousseur qui crache habituellement. Il n'a fait dans le service qu'un séjour assez peu prolongé.

L'examen révèle aux deux bases de l'obscurité respiratoire et des foyers de râles fixes. La radioscopie montre que les hiles sont très volumineux, qu'il existe des ramifications bronchiques très visibles qui du hile s'épanouissent dans la région des bases.

On ne trouve pas d'autres lésions que des modifications, très nettes, des réflexes achilléens qu'à un premier examen on a dit être supprimés et qui, en réalité, sont faibles, irréguliers et épuisables.

Aux deux jambes le malade est porteur de lésions d'angiodermite pigmentée purpurique sur lesquelles ont évolué des ulcérations actuellement cicatrisées. L'angiodermite est tout

à fait typique, la peau présente à la surface de ces lésions une parakératose manifeste avec raie squameuse.

Le malade dit n'avoir jamais eu la syphilis.

A diverses reprises les ongles des deux gros orteils sont tombés spontanément; le malade les retrouve dans son lit, dans ses chaussettes.

La réaction de Wasserman est négative.

OBSERVATION N° XXV.

Per... P., 34 ans. Plombier.

Cicatrices suspectes des jambes d'aspect syphiloïde. Chute spontanée des ongles des orteils.

Le malade entre à l'hôpital pour des ulcérations des jambes. Elles siègent du côté droit à la partie externe du genou, à la partie inférieure de la jambe; du côté gauche au coup de pied. Ces lésions sont d'âge et d'aspect différents, les unes sont croûteuses et entourées d'une auréole violacée. L'ablation de la croûte montre que les ulcérations sont profondes, entamant le derme, on ne voit autour d'elles aucun élément d'inoculation. D'autres éléments sont en voie de cicatrisation.

Le malade dit que les accidents cutanés auraient paru depuis peu de temps. Les lésions déjà guéries ont laissé des cicatrices pigmentées, elles sont de taille égale. Leur aspect syphiloïde conduit à examiner du point de vue d'une affection constitutionnelle ancienne.

L'examen est négatif, on ne trouve aucune lésion viscérale, la réaction de Wasserman est négative.

Il est à noter que chez ce malade les ongles des deux orteils sont tombés spontanément après s'être épaissis.

CHAPITRE IV

CONSIDERATIONS CLINIQUES SUR LA CHUTE DES ONGLES

Les observations que nous venons de publier permettent de constater que certains individus perdent leurs ongles. Il s'agit presque toujours de ceux des pieds et plus spécialement de ceux des gros orteils.

La chute se fait spontanément, sans douleurs, sans traumatismes, sans maladie unguéale évidente susceptible de l'expliquer. L'ongle qui occupait normalement sa place, après avoir subi certaines modifications que nous allons voir, se détache et tombe. Le décollement s'est opéré sur la totalité de l'ongle et les malades, sauf un cas que nous avons pu examiner (obs. IV), n'ont jamais remarqué un décollement progressif se faisant de bas en haut sous la poussée d'un ongle nouveau.

Si les malades sont assez affirmatifs en ce qui concerne la chute, ils ignorent en général les transformations subies par l'ongle avant qu'elle se produise. Ceci n'a d'ailleurs rien de surprenant, car, outre qu'il s'agit des ongles des orteils qui attirent beaucoup moins l'attention que ceux des doigts de la main, les sujets publiés, pris dans la clientèle

hospitalière, ne prêtent en règle générale aucune attention à un phénomène qui évolue lentement, ne provoquant ni gêne, ni douleur.

Cependant, d'après les dires de quelques rares malades qui ont fait des remarques, soit avant la première chute, soit avant les suivantes, les ongles ayant repoussé normalement, mais surtout d'après les observations particulières de Monsieur le Professeur FAVRE où sont consignés les interrogatoires de personnes instruites qui ont suivi les modifications unguéales, précédant la chute, il semble que les transformations courantes doivent être les suivantes :

L'ongle s'épaissit, devient d'une teinte vieil ivoire ou encore se transforme en un bloc corné gris noirâtre, puis il tombe et le malade le retrouve dans son lit, ses bas, ses chaussettes. (Ce deuxième aspect gris noirâtre n'a été observé par M. le Professeur FAVRE que lors des récidives de chute spontanée des ongles. S'il se produisait d'une façon fréquente avant le premier accident, il n'aurait pas manqué d'attirer l'attention des malades qui ne l'ont jamais signalé).

Plusieurs éventualités sont alors possibles : ou bien l'ongle repousse normal (observ. X), ou bien il est remplacé par un ongle altéré, épaissi, strié, (observ. I, IV, XII, XXI, XXII), parfois par une lamelle informe (observ. I, IV), d'autres fois par un moignon corné jaunâtre (observ. XIV, XX, XXII), ou enfin sa disparition est définitive (obs. XIII).

Le phénomène peut se reproduire, entraînant des chutes à répétition des ongles néoformés. Lorsque

ceux-ci repoussent anormaux, les chutes suivantes ont lieu après décollement, sans que souvent aucun autre phénomène ne se produise, précurseur de la nouvelle chute.

Nous trouvant en présence d'une onyxite excessivement torpide, liée à un trouble d'ordre général étant donnée l'absence totale de grossières lésions locales susceptibles de l'expliquer, nous avons recherché au cours de quels états pathologiques la chute spontanée des ongles se produisait et nous avons trouvé que dans la plupart des cas il fallait suspecter la syphilis.

C'est ainsi que dans les observations II, III, VI, VII, IX, X, XI, XII, XIII, XVI, XVIII, XX, XXII, XXIII la syphilis est indiscutable. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à lire leur résumé contenu dans cette thèse. Nous n'avons pas rapporté ces observations en entier; elles sont parfois très longues, attachées qu'elles sont à la description de lésions viscérales multiples qu'ont présentées ces malades et dont l'exposé complet reste en dehors du sujet propre à notre étude.

La syphilis est prouvée chez ces malades par l'interrogatoire; un certain nombre d'entre eux l'ont avouée (obs. III, XII, XIII, XX, XXII). Chez d'autres ce sont les réactions sérologiques qui se sont montrées positives (obs. II, VI, VII, IX, X, XI, XVI, XVIII, XXIII). L'aveu et des réactions sérologiques positives se rencontrent dans les observations III et XIII; enfin des lésions viscérales concomitantes telles que des troubles des réflexes tendineux ou pupillaires

(obs. II, III, VI, XVI, XX), un double souffle de la base du cœur (obs. X), une ectasie aortique (obs. IX, X, XVIII), un tabès (obs. VII), viennent confirmer les données précédentes.

En somme, dans plus de la moitié des cas la syphilis est absolument certaine.

Elle est très fortement probable chez les malades suivants. En effet, l'observation IV a trait à un sujet atteint de sciatique du type radiculaire, s'accompagnant de douleurs à type fulgurant. L'abolition bilatérale des réflexes achilléens est définitive. Seule, de toutes les thérapeutiques, l'antisypilitique a calmé les phénomènes douloureux.

Même succès d'un traitement spécifique d'épreuve pour le malade de l'observation XV. Il est admis à l'hôpital pour un vertige de Ménière.

Les conclusions de l'examen otologique de M. le Professeur COLLET sont : « Les signes présentés sont bien ceux que l'on observe fréquemment dans les vertiges de Ménière. Reste à chercher l'étiologie; la syphilis étant la plus fréquente ». D'autre part, l'examen des yeux, fait à la Clinique Ophtalmologique, nous avait donné les renseignements suivants :

O. D. réflexes pupillaires normaux.

O. G. irrégularité et atrophie du bord pupillaire, début de signe d'Argyll-Robertson.

Dans les observations I et V, c'est l'importance des signes existants qui nous permet de considérer la syphilis comme très probable encore.

C'est ainsi que dans la première on constate de l'arriération psychique, des altérations dentaires, de

la leucoplasie, mais surtout l'abolition des réflexes achilléens, des lésions d'ostéite et des périostites rapportées par le D^r TAVERNIER à l'ostéomyélite syphilitique.

Dans la seconde, l'examen révèle des productions ostéophytiques, l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, un souffle systolique de la base du cœur.

En ce qui concerne les malades qui suivent, la syphilis est encore probable, bien que les symptômes soient plus discrets.

Il semble bien cependant que l'observation XIV est celle d'un hérédo. Le sujet, en effet, a perdu très jeune ses père et mère; c'est un arriéré mental, très dur d'oreille et porteur d'une angiodermite pigmentée et purpurique apparue vers vingt-cinq ans.

L'observation XVII se rapporte à un homme présentant une angiodermite pigmentée et purpurique avec des accidents ulcéreux de la jambe droite, une inégalité pupillaire avec légère diminution des réflexes à la lumière.

Dans l'observation XXIV, l'examen du malade montre une pachybronchite, une angiodermite pigmentée et purpurique, des modifications des réflexes achilléens.

D'après les sept dernières observations que nous venons de citer, nous voyons que la proportion des cas où la syphilis peut être légitimement invoquée, s'élève bien au-dessus du chiffre que nous avons primitivement retenu et dans lesquels son action est certaine.

Nous considérons la syphilis comme douteuse dans

les observations XXI et XXV, car on ne peut tirer qu'une faible probabilité d'une angiodermite pigmentée et purpurique ou d'ulcérations de jambe même suspectes.

Enfin, nous constatons une chute spontanée des ongles chez un tuberculeux avéré, porteur d'une angiodermite pigmentée et purpurique (obs. XIX) et le même phénomène au cours d'une leucémie lymphoïde (obs. VIII).

CHAPITRE V

INTERPRETATION DU SYMPTOME ET CONCLUSIONS

De l'étude de nos observations il ressort que : le phénomène de chute spontanée des ongles semble bien être l'aboutissant d'une onyxis sèche à évolution remarquablement silencieuse. La matrice unguéale ayant perdu son intégrité de fonctionnement, ne peut plus assurer la nutrition et le développement de l'ongle qui meurt et tombe.

Cette onyxis se déclare au cours de certaines affections générales; dans la plupart des cas la syphilis doit être mise en cause.

Nous avons signalé dans notre deuxième chapitre les auteurs qu'il nous a été possible de retrouver et les états pathologiques où la chute des ongles avait été remarquée par eux.

J. OLIVER la considère comme relevant de l'hérédité. On la cite dans certaines intoxications, comme celle par l'oxyde de carbone (J. HELLER), dans les névrites infectieuses ou traumatiques, les gelures (LÉVY-FRANKEL). ARNOZAN, classe dans le cadre de peladoïdes trophonévrotiques, un sujet victime de cet accident, mais, sans prétendre discuter le diagnostic, il est bien

étrange de voir ce malade présenter une légère inégalité pupillaire, un ptosis de la paupière, et des douleurs en ceinture pour le moins suspectes.

Quant à la chute des ongles observée par AUCHÉ dans le diabète, il semble qu'on doive faire toutes réserves. Le diabète ne peut en effet être considéré que comme le symptôme d'une lésion organique dont l'étiologie est inconnue et il ne serait pas impossible d'imputer, à une autre cause qu'au sucre, les phénomènes névritiques qui peuvent l'accompagner par exemple.

Bien que dans nos observations, nous apportions un cas de chute spontanée dans une tuberculose évolutive et un autre chez un malade atteint de leucémie lymphoïde, nous sommes obligés de noter la rareté du phénomène en dehors de la syphilis qui certainement de toutes les maladies est celle où les ongles sont le plus fréquemment touchés.

FOURNIER, d'ailleurs, fait un exposé détaillé de la chute spontanée dans un passage traitant des onyxis syphilitiques qui se déclarent lors de la période secondaire.

POUGET, PITRES et JOFFROY l'ont signalée comme un accident tabétique, qu'elle se produise ou non après un hématome spontané sous-ungéal.

RÉGIS en fait un trouble « trophique » de la paralysie générale. MANGIN-BALTHAZARD un accident de l'hérédo-syphilis; quant à L. BATUT, il voit dans les onyxis secs et la chute des ongles une manifestation de la persistance du tréponème dans l'organisme.

Les constatations précédentes viennent confirmer le résultat de nos recherches qui donnent sur vingt-cinq malades :

- 14 syphilitiques avérés.
- 7 — probables.
- 2 — douteux.
- 1 tuberculeux.
- 1 leucémique.

(Il se trouve que, dans de nombreux cas de chute spontanée, en particulier dans les deux considérés par nous comme douteux et l'un des deux derniers, les sujets sont porteurs d'une angiodermite pigmentée et purpurique, qui n'est pas toujours, mais souvent d'origine spécifique, ainsi que l'a montré CHAIX dans sa thèse, inspirée par Monsieur le Professeur FAVRE. Etant donnée l'étiologie possible semblable, ce fait mérite d'être signalé).

Si l'onxytite qui entraîne la chute spontanée des ongles diffère légèrement de celle décrite par FOURNIER (car nous n'avons guère observé, ni trouvé dans les interrogatoires des malades un processus identique), de même que celle décrite par POUGET, PITRES et JOFFROY, étant donnée l'absence de signes douloureux antérieurs à la chute, ainsi que d'hématomes sûrement spontanés, il n'en reste pas moins que, dans la grande majorité des cas, nous avons affaire à une onxytite d'origine très probablement syphilitique.

Que d'autres troubles pathologiques puissent provoquer une onxytite semblable, nous ne le nions pas.

Notre travail n'est qu'une modeste contribution à l'étude de la question, d'autres observations doivent être recherchées, d'autres statistiques établies, mais d'ores et déjà si, en présence de la chute spontanée des ongles telle que nous l'avons décrite, il ne faut pas affirmer la syphilis, il faut du moins y penser fortement et en rechercher soigneusement les autres manifestations.

CONCLUSIONS

L'étude des altérations unguéales a fait l'objet d'un grand nombre de travaux. Ils ont mis en évidence la singulière variété de ces altérations unguéales ils ont cherché à en préciser les causes à en établir l'exacte signification.

La simple énumération des modifications que l'ongle présente, soit sous l'influence de processus qui l'atteignent directement, soit sous l'influence de troubles généraux, comporterait une liste vraiment impressionnante. Il est curieux que la plus grave des altérations de l'ongle, celle qui entraîne sa chute spontanée, n'ait fait l'objet que d'un petit nombre de travaux.

Notre thèse est consacrée à l'étude d'observations de malades qui ont présenté à une ou plusieurs reprises la chute spontanée et sans douleur d'un ou de plusieurs ongles. Les ongles les plus atteints sont ceux des gros orteils.

Que ce soit dans les Services de médecine générale ou de spécialité on n'attache très souvent aucune importance à l'examen des ongles et presque jamais les malades ne sont interrogés et examinés de près à ce point de vue. Le fait est d'autant plus regrettable que la chute spontanée des ongles est loin d'être rare. Nous en rapportons vingt-cinq cas recueillis dans le

Service de Monsieur le Professeur Favre et nous aurions pu facilement en publier un nombre bien plus considérable.

Cette chute ne nous a pas paru être liée à une affection locale, à une maladie de la matrice unguéale. Nos observations témoignent qu'elle relève plutôt de causes générales, de grandes infections chroniques et tout spécialement de la syphilis.

La chute spontanée des ongles, en particulier celle des ongles gros orteils s'observe avec fréquence chez les syphilitiques atteints de lésions viscérales multiples, de méningo-radiculite spécifique. Elle a été signalée également chez les paralytiques généraux. On la rencontre souvent chez des sujets présentant aux membres inférieurs les lésions complexes dermo-épidermiques et vasculaires de l'angiodermite pigmentée et purpurique bien décrite dans la thèse de CHAIX.

D'autres causes générales, mais bien moins fréquemment peuvent entraîner la chute spontanée des ongles.

Le phénomène que nous étudions ne saurait être tenu, pour négligeable. Nous sommes persuadés que, des travaux ultérieurs, confirmeront l'intérêt que présente son étude et l'utilité des indications que l'on peut tirer d'un incident pathologique en apparence minime, mais qui mérite d'être soigneusement relevé.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FAVRE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 16 novembre 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
H. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN. — Chute spontanée des ongles aux mains et aux pieds. *Mém. et Bull. de la Société de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1888, p. 478.
- AROUSTAN. — A preliminary contribution to the study of onychopathies. *American Médecine*, May 1928, p. 393.
- AUCHÉ. — Chute spontanée des ongles chez les diabétiques. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1891.
- AUDIBERT. — Sur les onychorhodes. Soc. de méd. de Marseille, 24 mai 1933, in *Marseille Médical*, N° 17.
- BATUT. — Des lésions des ongles dans la Syphilis, in *Gazette Hebdomadaire de méd. et chirurg.*, avril 1894.
- BOCAGE. — *Pratique médico-chirurgicale*, T. VI, 3 édition, Masson, Paris, 1931, p. 208-211.
- BOUQUET. — Onychomancie, Journal « *Le Temps* », 1934, 15 juin.
- CORSON. — Dystrophies des ongles. *Arch. Dermat. et Syphil.* XXVII, N° 2, février 1933.
- DARIER. — *Précis de Dermatologie*, 1918, p. 479.
- DESAUX-BOUTELIER. — *Manuel pratique de Dermatol.* Masson, Paris, 1932.
- DUBREUILH. — *Pratique Dermatol. de Besnier-Brocq-Jacquet*, T. III, p. 607 et suivantes.
- *Précis de Dermatol.* IV^e édition 1917, Doin, Paris, p. 532.
- DUBREUILH et FRÊCHE. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, N° 26-27. 1901. Décollement des ongles.
- DURAND. — *Mém. et Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1888. Décollement des ongles, p. 613.
- FAVRE et CHAPUIS. — Chute spontanée des ongles. *Réun. Dermat. de Lyon*, 29 juin 1933.
- FEIL (A.). — Les stigmates professionnels et la main des travailleurs. *Presse médicale*, 15 nov. 1933.
- FOURNIER. — *Traité sur la Syphilis. T. I.* Rueff et Cie, Paris, p. 393-397.
- GOUGEROT, RAGU. — Troubles trophiques de l'ongle avec périarthrite phalangino-phalanginettienne d'origine inconnue. *Arch. de Dermat. et Syphil.*, juin 1933.

- HELLER. — Die Krankreiten der Nägel. Hirschwald, Berlin, 1900.
- HOFFMANN. — Sur la chute de l'ongle après pincement violent du doigt. *Klin. Wochenschrift*, XI, N° 44, 22 oct. 1922, p 1883.
- HUTCHINSON. — Rare diseases of the skin. — *Clinical lectures* 1879, p. 152.
- LÉVY-FRANKEL. — Maladies des ongles, in *Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique*. Doin, 1933, T. II, p. 407.
- Le rôle des perturbations du système nerveux et des glandes endocrines dans la pathogénie des affections cutanées. *Rev. Franç. de Derm. et Vener.* Mai 1925, p. 285.
- LÉVY-FRANKEL et JUSTER. — Troubles pilaires, pigmentaires, kératodermiques et unguéaux, consécutifs à des lésions des nerfs périphériques. *Bull. Soc. Franç. de Derm.*, 1923.
- MANGIN-BALTHAZARD. — *Valeur clinique des ongles*. Edit. La Renaissance Moderne, Paris, 1932.
- MILIAN. — Sidération de la croissance unguéale chez une hérédo-syphilitique. (*Revue Franç. de Derm. et Vénér.*, (p. 327-330. Juin 1930).
- L'érosion ponctuée syphilitique des ongles. (*Rev. Franç. de Derm. et Syphil.*, 8, p. 337-346, juin 1932).
- MONTGOMERY (D. W.). — *Journal of Cutaneous diseases*, p. 374, 1897.
- NICOLAS, MASSIA, LEBEUF. — Décollement des ongles de tous les doigts des mains, périodique et saisonnier associé à un vitiligo symétrique disposé en bandes. *Soc. Franç. de Derm.*, 26 nov. 1931.
- OLIVER (W. J.). — Recurrent onychoptosis occurring as family disorder. *British. Journ. Dermat.*, 39, p. 297-299, juillet 1927.
- PRON. — L'onycho-diagnostic, in *Le Vieux bistouri*, N° 55, 20 mars 1933.
- RÉGIS. — *Manuel pratique de médecine mentale*. Doin 1902. Paralyse générale, p. 433.
- REHM et BESANÇON. — Dystrophies des ongles. *Archives de Derm. et Syphil.*, N° 2. Février 1933.
- SYMPSON. — Congenital deformity of the nails. *Lancet* 1888, I, p. 722.
- VALLARET-HAGUENAU, J. Besançon-Desoile. — L'anonychie, affection familiale. *Annales de Médecine*, N° 4, avril 1932, p. 432.
- ZÖLLER, NOYER et BOIDE. — Des signes apparents de la vitalité de l'examen clinique des ongles. *Société de Médecine Milit. Franç.*, 12 février 1931, p. 23-26.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE I. — Révision des principales altérations unguéales	13
CHAPITRE II. — La chute de l'ongle	17
CHAPITRE III. — Observations	23
CHAPITRE IV. — Considérations cliniques sur la chute des ongles	45
CHAPITRE V. — Interprétations du symptôme et conclu- sions	51
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE.	57

